

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 novembre 1896 à 1 heure

PAR

Léon CHAUVAIN

Né le 14 Septembre 1870 à La-Charité-sur-Loire (Nièvre)

DE LA

FORME PLEURETIQUE SANS EPANCHEMENT

DU CANCER DU POUMON

Président: M. CORNIL, professeur.

Juges: MM. }

LE DENTU, professeur.

GILBERT et NÉLATON, agrégés.

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N° 35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 novembre 1896 à 1 heure

PAR

Léon CHAUVAIN

Né le 14 Septembre 1870 à La-Charité-sur-Loire (Nièvre)

DE LA

FORME PLEURETIQUE SANS EPANCHEMENT

DU CANCER DU POUMON

Président : M. CORNIL, *professeur.*

Juges : MM. } LE DENTU, *professeur.*
GILBERT et NÉLATON, *agregés.*

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTIER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de ma reconnaissance

A MA FEMME

INTRODUCTION

M. Marfan (1) dans le *Traité de Médecine* de MM. Charcot, Bouchard, Brissaud, distingue au chapitre Cancer du poumon, les formes cliniques suivantes de cette affection :

A. — Cancer pleuro-pulmonaire aigu ou galopant.

La maladie se développe avec une extrême rapidité. Le malade se met à tousser, est pris d'une dyspnée considérable puis de phénomènes asphyxiques ; en l'espace d'un mois il est emporté. On pense bien plus à de la granulie qu'à du cancer et à l'autopsie on trouve les poumons farcis de granulations néoplasiques.

B. — Cancer pleuro-pulmonaire chronique.

Ce cancer comprend lui-même quatre formes :

1° Forme latente dans laquelle tout symptôme pulmonaire passe inaperçu et où le diagnostic n'est pas porté, toute l'attention du médecin étant attirée par la tumeur primitive qui lui a donné naissance.

2° Forme broncho-pulmonaire, type classique du cancer du poumon, avec bronchites à répétition, catarrhe bronchique et sclérose pulmonaire.

3° Forme de tumeur du médiastin ou forme compressive qui se définit d'elle-même.

4° Forme pleurétique.

(1) MARFAN, *Traité de Médecine* Charcot, Bouchard, Brissaud, t. IV, p. 534.

A propos de cette dernière, M. Marfan (1) s'exprime en ces termes :

« Plusieurs ordres de faits doivent être distingués. Il faut signaler d'abord les cas où un cancer massif du poumon donne les signes d'un vaste épanchement pleural, sans qu'il y ait de liquide dans la plèvre ; on ponctionne, et la ponction reste sans résultat. M. Auvard a rapporté un cas de ce genre.

« Mais ces faits sont rares. La pleurésie avec épanchement est au contraire fréquente dans le cancer pleuro-pulmonaire ; et souvent l'épanchement pleural domine absolument la scène clinique. »

En poursuivant la lecture de l'article de M. Marfan, il nous a semblé que la forme pleurétique sans épanchement du cancer pleuro-pulmonaire, était à peu près passée sous silence. Nous avons cherché dans les différents auteurs classiques, dans les cliniques, dans les thèses, sans trouver d'allusions à ce sujet. Peter (2), Vulpian (3), Béhier (4), Guéneau de Mussy (5), Bernheim (6), Lendet (7), Chomel (8), Audral (9), sont entièrement muets sur ce point.

L'intérêt de cette question, les quelques observations que nous avons découvertes dans les comptes rendus des sociétés, et l'observation personnelle que nous avons eu

(1) MARFAN, *in loco citato*, p. 535.

(2) PETER MICHEL, *Leçons de Clinique médicale*.

(3) VULPIAN, *Cliniques médicales de la Charité*.

(4) BÉHIER, *Clinique médicale*.

(5) GUÉNEAU DE MUSSY, *Clinique médicale*.

(6) BERNHIEM, *Leçons de Clinique médicale*.

(7) LENDET, *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Rouen*.

(8) CHOMEL, *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*.

(9) ANDRAL, *Clinique médicale*.

la bonne fortune de rencontrer en faisant un remplacement à Sèvres, nous ont déterminé à choisir pour sujet de notre thèse la forme pleurétique sans épanchement du cancer du poumon.

Avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis de jeter un regard en arrière et d'adresser à nos maîtres le témoignage de notre profonde reconnaissance.

C'est à la mémoire du regretté Professeur Le Fort, qu'avant tout nous adressons l'hommage de notre pieux souvenir.

Nous avons fait nos débuts à l'Hôtel-Dieu entre les mains de MM. Bucquoy et Ferrand. Nous n'oublierons pas la sollicitude avec laquelle nos maîtres nous ont prodigué leurs conseils éclairés. Nous avons trouvé même enseignement dévoué à la Pitié auprès de MM. Faisans Robin, Binet, Michel ; à Necker auprès de M. le Dentu ; à l'hôpital des enfants auprès de MM. Grancher, Boulloche, Feulard, à la clinique d'accouchement sous la direction de M. Pinard.

Nous avons à cœur d'exprimer notre respectueuse gratitude à tous nos maîtres, et en particulier à M. le professeur Cornil qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider cette thèse.

Il nous semblerait méconnaître une bonne partie des services qui nous ont été rendus si nous n'adressions ici nos sincères remerciements à notre frère bien-aimé et à nos excellents amis, Le Fort, Bufnoir, Ferrand et Couture.

HISTORIQUE

Bayle (1), le premier, en 1810 donna dans son livre de la phtisie pulmonaire une description du cancer du poumon sous le nom de phtisie cancéreuse.

Laennec (2) en 1818 consacra un chapitre aux encéphaloïdes du poumon ; il les considère comme formés le plus souvent par la substance qu'il appelle cérébriforme.

Le premier auteur qui semble avoir vu, anatomiquement du moins, la forme pleurétique du cancer du poumon serait Ledran (3).

Cet auteur, cité par Bayle, dans son traité de la phtisie pulmonaire, aurait même esquissé un léger tableau symptomatique. Il a vu la dyspnée. L'auscultation n'était pas encore découverte ; la percussion n'était employée que par Corvisart et ses élèves discrets ; aussi Ledran passe-t-il sous silence les signes physiques.

Quoi qu'il en soit, Bayle résume ainsi son observation.

« Une demoiselle de vingt-deux ans eut à la mamelle gauche un squirrhe qui fut extirpé. Deux ans après, il survint sous l'aisselle gauche une glande grosse comme une olive. Il parut une petite toux sèche, accompagnée

(1) BAYLE *Recherches sur la Phtisie pulmonaire*. 1810.

(2) LAENNEC *Traité de l'auscultation médiate*, Edition de la Faculté de médecine de Paris, 1819.

(3) LEDRAN. *Mémoire de l'Académie royale de Chirurgie*, T. III, p. 28. Obs. 22. cité par Bayle *in loco citato*, p. 293.

d'un peu de difficulté de respirer. Peu après, l'autre mamelle devint squirrheuse ; au bout de six mois, il y avait à la mamelle une chaleur brûlante et la dyspnée devint excessive.

On traita alors cette demoiselle par des purgatifs réitérés tous les quatre jours, et bientôt on crut avoir obtenu la guérison.

La santé parut rétablie pendant six mois : au bout de ce temps il survint une fièvre lente. L'appétit se perdit, la difficulté de respirer revint très fréquemment et la malade mourut six mois après cette rechute.

« A l'ouverture du cadavre, (ici c'est Ledran lui-même qui parle) : on trouva la mamelle droite presque de la consistance du cartilage. Le lobe droit du poumon était entièrement dur. La moitié inférieure du lobe gauche était entièrement dure, comme l'était tout le droit, et la moitié supérieure était disposée à s'endurcir ; car elle était parsemée de quelques petites glandes très dures. »

On voit qu'il s'agit probablement là, d'un cancer ayant envahi la totalité du poumon, cancer secondaire à une tumeur du sein.

Il n'est pas signalé d'épanchement dans le compte rendu de l'autopsie.

Il semble donc qu'il soit ici question d'un cas analogue à ceux que nous avons en vue ; mais Ledran ne se livre d'ailleurs à aucune considération chimique ni anatomique du genre de celles que nous proposons.

Bayle lui-même ne cite aucun cas analogue. Ses trois observations de phtisie cancéreuse colligées sous les numéros 35, 36 et 37 ont trait à des cas différents. Aucune même ne se rapporte au cas vulgaire de la forme pleurétique avec épanchement.

Laennec (1) (1781-1826) a fait des encéphaloïdes du poumon un chapitre purement anatomo-pathologique.

Il dit d'ailleurs n'avoir jamais rencontré « *l'infiltration cérébriforme dans les poumons* ». Il ne décrit dans ces organes que les deux sortes suivantes d'encéphaloïde : 1^{re} masses cérébriformes enkystées ; 2^o masses cérébriformes non enkystées dont les plus grosses atteignent le volume d'une tête de fœtus.

La première observation nette que nous ayons trouvée date de 1845. Elle est due à Gintrac (2) dans sa thèse inaugurale sur les tumeurs solides intra-thoraciques. Nous la rapportons plus loin. Gintrac dit en effet :

« En résumant les divers symptômes qui s'étaient manifestés depuis l'invasion de la maladie et dont on avait acquis la connaissance par les réponses du malade aux questions qui lui furent faites, en y joignant ce qui avait été observé dans les salles inférieures et ce qu'apprit l'inspection du malade, en ayant surtout égard à l'absence absolue du son du côté gauche de la poitrine, on pensa que cette cavité gauche était remplie par un liquide épanché, et que le poumon de ce côté était refoulé, affaissé, aminci et ne faisant plus ses fonctions. »

Et plus loin :

« Ouverture du cadavre..... La percussion (du thorax du côté gauche) donna les mêmes résultats que sur le vivant, c'est-à-dire qu'il y avait une absence totale de son du côté gauche, un son obscur à droite antérieurement, et bien plus distinct à la partie latérale. On ne

(1) LAENNEC, *loco citato*, p. 503.

(2) J. M. HENRI GINTRAC. *Essai sur les tumeurs solides intra-thoraciques*, Th. de Paris, 1845.

frappa point les parties postérieures: l'abdomen et les extrémités étaient à peu près dans l'état naturel.

« L'empyème pratiqué sur le cadavre avec un scapel, ne donna issue qu'à une très petite quantité de matière comme de sang décomposé, que l'on reconnut ensuite être sortie du poumon, dans lequel l'instrument avait pénétré.

«... Au lieu du liquide qu'on avait annoncé devoir être amassé dans la cavité gauche, on trouva une masse solide, de couleur rouge et blanchâtre, d'une surface inégale et bosselée, en forme de magdaléons, laquelle remplissait tout le côté gauche du thorax, occupait aussi la place où est ordinairement le médiastin et s'étendait supérieurement et antérieurement du côté droit ».

Depuis Gintrac, M. Jaccoud (1) a signalé le fait. Il a particulièrement insisté sur les signes de compression et cherché à établir les bases du diagnostic entre ces tumeurs et les anévrysmes de l'aorte,

Auvard (2) (1882), Reymond (3) (1893), Ranglaret (4), Ferrand et Bourcy (5) (1893) en ont rapporté des observations.

(1) JACCOUD. *Pathologie interne*, 1871, T. II, p. 122.

(2) AUVARD. *Société anat.*, 10 fév. 1882.

(3) REYMOND. *Soc. anat.*, 31 mars 1893.

(4) RANGLARET. *Soc. anat.*, 15 nov. 1893.

(5) FERRAND ET BOURCY, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1^{er} déc. 93.

ETIOLOGIE

Nous aurions désiré un plus grand nombre d'observations ; mais nous n'avons trouvé que celles de Gintrac (deux observations) d'Auvard, de Reymond, de Ranglaret, de Bourcy, au total six observations.

Quant à celle que nous publions ici, elle est trop incomplète pour entrer en ligne de compte. Dans les conditions où nous l'avons recueillie, il ne pouvait en être autrement, impossibilité de suivre la malade, impossibilité de pratiquer l'autopsie.

La forme pleurétique sans épanchement du cancer pleuro-pulmonaire se rencontre aussi souvent chez la femme que chez l'homme.

Ce sont surtout les sujets jeunes qui en sont atteints de 23 à 35 ans. Deux cas seulement, celui de Auvard, un homme de 56 ans et celui de Bourcy, un homme de 55 ans se rapportent à des sujets âgés.

Ce qui paraît le plus net, c'est que le cancer est *primitif*. Toutes les observations que nous rapportons ici, ont trait à des cancers primitifs.

Ce fait n'a rien d'étonnant ; généralement, le cancer primitif est massif, tandis que le cancer secondaire est nodulaire.

De plus, il s'agit presque toujours de *sarcome*. Le cas d'Auvard seul est étiqueté encéphaloïde ; celui de Bourcy manque d'autopsie. Ceux de Ranglaret et de Reymond sont nettement intitulés, sarcome primitif ; il semble bien aussi

qu'il soit question de sarcome dans les deux cas de Gintrac.

Leur description montre, en effet, que ces tumeurs sont très vasculaires comme dans la catégorie que nous avons en vue.

Enfin le mot de cancer encephaloïde lui-même est très vague. Il n'a aucune valeur anatomo-pathologique. Il n'indique qu'une analogie grossière de consistance et de couleur avec la substance cérébrale.

Il peut donc être et il est applicable à des tumeurs très différentes, sarcome aussi bien que épithéliome et rien ne nous prouve que le cas d'Auvard ne se rapportait pas à un sarcome.

On sait cependant combien sont plus fréquents les sarcomes secondaires. La généralisation dans la plupart des cas a pour point de départ un sarcome de l'ovaire, de la parotide, des membres, etc.

Le poumon est le lieu de prédilection des métastases carcinomateuses, car le chemin est direct, largement ouvert aux embolies cancéreuses. Des veines de la région elles vont au cœur droit et de là immédiatement au poumon par l'artère pulmonaire.

On a nié longtemps l'existence du sarcome primitif du poumon; mais outre les cas avec examen histologique que nous rapportons ici, on en connaît aujourd'hui un certain nombre de cas dont l'authenticité ne paraît pas contestable. C'est surtout en Allemagne que ces faits ont été observés (Fuchs, Schech).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomie macroscopique

La tumeur siège le plus souvent à gauche. Le poumon est transformé en un bloc énorme de néoplasie. Le poids de l'organe s'élève à 2 kil. 300 et même davantage.

La tumeur est blanche, lardacée, d'aspect encéphaloïde, comme dit Laennec.

Au raclage elle donne du suc blanc laiteux. Elle renferme souvent des poches volumineuses pouvant contenir un litre de liquide. Les parois de la poche sont molles, rouges et anfractueuses; le liquide est du sang où nagent des débris, les uns libres, les autres tenant encore par un mince pédicule. Dans d'autres cas il s'agit de poches à contenu purulent avec ou sans striations sanguinolentes ou de poches à contenu probablement séro-fibreux avec un liquide jaune citron.

La raison de l'absence d'épanchement est dans le fait suivant: ou bien la plèvre est absolument intacte ou bien il y a adhérence de ses deux feuillets, c'est-à-dire symphyse pleurale. Les plèvres sont dépourvues de noyaux cancéreux mais elles sont enflammées, épaissies et soudées l'une à l'autre. Il résulte de cette disposition que souvent la tumeur paraît enfermée dans une poche qui est cette plèvre épaissie.

Les portions de poumon non envahies sont refoulées à la

périphérie et comprimées dans l'intérieur de cette poche sous forme de bandes grisâtres variables d'épaisseur.

Les *ganglions médiastinaux* sont augmentés de volume mais, comme il arrive dans le sarcome, ils ne sont pas forcément envahis par le néoplasme. Ils peuvent être simplement enflammés ou alors présenter la transformation sarcomateuse.

Le *cœur* est très fréquemment atteint de péricardite sèche ou avec un peu d'épanchement. Auvard signale même une infiltration cancéreuse marquée du péricarde en un point où la séreuse est adhérente à la tumeur pulmonaire. Le myocarde et l'endocarde sont normaux.

Les autres organes sont sains. On n'y trouve généralement aucune trace de tumeur.

On sait cependant combien le sarcome et surtout celui du poumon a tendance à la généralisation.

Cette tumeur criblée de vaisseaux ou pour mieux dire infiltrée de lacs sanguins sans parois propres est admirablement organisée pour emboliser l'agent non encore déterminé (microbes, prorspermie, greffe cellulaire) de sa propagation.

Le sarcome profond a une évolution entièrement insidieuse ; il n'est généralement pas douloureux ; sa pullulation se fait sans bruit.

On pourrait donc sans le témoignage des autopsies croire que la présence de sarcome dans les autres organes est restée ignorée.

Y aurait-il donc là exception à la règle générale ? c'est peu probable ; et la raison plausible de ce manque de généralisation réside sans doute dans la rapidité avec laquelle évolue la tumeur en question. La généralisation n'a pas le temps de se faire.

Examen microscopique

Celui-ci ne porte que sur deux cas (observations de Ranglaret et de Reymond.) L'examen histologique rapporté par Auvard est trop incomplet et trop vague pour qu'on en puisse tenir compte. Quant aux autres observations, elles n'en font pas mention.

Les deux tumeurs auxquelles nous faisons allusion étaient des sarcomes fuso-cellulaires, c'est-à-dire des tumeurs embryonnaires, d'origine mésodermique à cellules fusiformes.

Rindfleisch divise ces sarcomes en sarcomes à petites et sarcomes à grosses cellules. Il s'agissait ici de petites cellules. Nous n'avons pas vu que des myéoloplaxes aient été signalés. Ce fait aurait été cependant intéressant, ainsi que nous le verrons plus loin.

PATHOGÉNIE

Nous ne voulons pas faire ici la pathogénie du sarcome, mais relever seulement quelques points qui pourraient servir à élucider la nature exacte des cas qui nous occupent.

En effet naguère encore le sarcome (1) renfermait dans son groupe toute une série de tumeurs qui lui sont entièrement étrangères. L'actinomycose entre autres qui, aujourd'hui, est bien individualisée et possède même son agent spécifique. On tend maintenant à considérer certains cas de sarcome comme étant de nature tuberculeuse ou syphilitique. Cornil (2), Nicaise, Delbet (3), Esmarch (4) en ont donné des exemples évidents.

Nous avons cherché si quelques faits pouvaient plaider en faveur de l'origine tuberculeuse des sarcomes spéciaux que nous relatons ici. Cette recherche n'a pas été très fructueuse à cause du peu de détail des observations que nous avons. Ainsi il eut été utile que l'examen histologique fut plus approfondi et que la recherche des bacilles tuberculeux et des myéloplaxes ait été faite dans les coupes ou dans le liquide des poches sanguines. On sait qu'il n'est guère de sarcomes qui ne renferme quelque

(1) DELBET, *Traité de chirurgie de Le Dentu*, T. I p. 628.

(2) CORNIL, *Acad. méd.* 19 juillet 1892.

(3) DELBET et NICAISE *in loco citato*.

(4) ESMARCH, *Cons. de chir. allem.* avril 1895.

myéloplaxe , et l'on tend à identifier ces myéloplaxes aux cellules géantes des tubercules. La présence d'un grand nombre de ces myéloplaxes ou, ce qui serait plus probant, leur forme identique à celle des cellules géantes dans cecas particulier, aurait pu nous faire prendre parti pour la tuberculose.

C'est qu'en effet les myéloplaxes et les cellules géantes, tout en représentant de grandes ressemblances, ne sont pas absolument indentiques. Les myéloplaxes ont des contours plus irréguliers mais surtout beaucoup plus nets que les cellules géantes. En outre les noyaux sont disséminés sans ordre au lieu d'être rangés dans la périphérie en couronne régulière. — Il eut donc peut-être été possible de découvrir dans ces tumeurs des cellules se rapprochant plus des cellules géantes que des myéloplaxes ; c'ent été un argument en faveur de l'origine tuberculeuse de l'affection quoique la cellule géante ne soit pas absolument pathognomonique de la tuberculose.

Regrettant ces lacunes, nous avons cherché dans les antécédents de nos malades quelques points qui puissent avoir de la valeur au sujet de ce qui nous occupe.

La malade de Ranglaret avait eu avant son néoplasme, une pleurésie du même côté que celui-ci. Il est vrai de dire que cette pleurésie n'a pas été ponctionnée et que la preuve de la présence de l'épanchement n'a pas été donnée. Une ponction faite six mois après, alors que subsistait encore des signes identiques à ceux trouvés antérieurement resta au contraire sans résultat. Il est même probable qu'il s'agissait déjà de l'apparition du sarcome. Dans le cours de la maladie, les hémoptysies furent examinées à deux reprises différentes, sans que jamais on ait pu y découvrir des bacilles de Koch (observation VI).

La malade de Reymond n'avait aucun antécédent bacillaire, mais plusieurs de ses parents étaient morts tuberculeux (observation V).

Le malade d'Auvaré avait toujours joui d'une bonne santé avant le cancer du poumon qui l'emporta (observation III). La nôtre était aussi d'ordinaire bien portante. Les antécédents n'ont pas été recueillis, car notre observation a été rédigée après coup (observation VII).

Claude Marie Balan, le cordonnier de Gintrac, était né de parents qui n'avaient point, au moins à sa connaissance, été sujets aux maladies. Pour toute maladie antécédente, il eut la gale (observation II).

La deuxième observation de Gintrac seule semblerait indiquer qu'il s'agissait de tuberculose car le mode d'invasion est celui de la bacillose.

Une jeune personne *d'une constitution délicate* était allée à une assemblée et dansa beaucoup. Elle s'enrhuma : la toux devint très opiniâtre et violente mais sans douleur. La dyspnée survint et s'accrut chaque jour. Souvent il y avait des *palpitations* de cœur très fortes et la sensation d'un déplacement du cœur... (Observation I).

En somme, peu de faits plaident en faveur de l'origine tuberculeuse des sarcomes qui font l'objet de ces observations.

SYMPTOMES

L'évolution de cette forme de cancer est à peu près toujours la même. On peut résumer la symptomatologie en disant que l'on a affaire à un malade présentant tous les signes locaux et généraux d'une pleurésie abondante alors qu'il n'y a pas le moindre épanchement dans le thorax, comme le prouve la ponction exploratrice.

Le début est presque toujours insidieux. Un sujet d'âge moyen, ordinairement bien portant, est pris, sans cause apparente, ou à l'occasion d'un refroidissement, d'oppression et de dyspnée. Des douleurs surviennent à leur tour. La situation persiste ainsi plusieurs jours, oblige même le malade à s'aliter, puis s'améliore et permet à celui-ci de reprendre ses occupations habituelles.

Les choses peuvent ainsi rester en état pendant des semaines, un mois, deux mois, trois mois, puis à l'occasion d'un nouveau refroidissement, survient une nouvelle crise de dyspnée, et de nouvelles douleurs.

Le malade maigrit, a des hémoptysies. Au premier coup d'œil on pense qu'il s'agit d'une tuberculose pulmonaire.

Cependant, à l'examen, on constate des signes qui font écarter ce diagnostic.

Tel est le mode de début de l'affection. Analysons de plus près les symptômes de la période d'état.

Signes fonctionnels.

La douleur est vive, mais il ne s'agit pas d'un point de côté comme dans la pleurésie. Ce sont bien plutôt des sensations pénibles dans tout le thorax avec irradiations vers l'abdomen, la région lombaire, les membres supérieurs.

Dans certains cas, sans doute, elles peuvent revêtir le caractère pseudo-rhumatisme décrit par M. Dieulafoy dans le cancer pleuro-pulmonaire avec épanchement. Dans l'observation de Ranglaret il était question de *névralgie intercostale*.

Une *dyspnée* assez intense opprime le malade. Elle se caractérise par une augmentation du simple au double du nombre des respirations. Elle s'accompagne d'une sensation de poids dans tout le côté. Elle survient surtout par crises (Ranglaret). Une toux *quinteuse* fréquente fatigue le malade. C'est même à peu près le seul signe de compression médiastine. Elle s'accompagne parfois d'une expectoration muqueuse abondante, sans caractère bien tranché ou bien puriforme. Les hémoptysies présentent quelquefois le caractère de crachats gelée de groseilles (Bourcy); bien plus souvent celui des crachats de sang rouge presque pur (Reymond, Ranglaret) alternant avec des crachats sanguinolents.

La température est à peu près normale. Elle oscille autour de 38° avec maximum vespéral. Elle peut être nulle. L'état général devient mauvais. Le malade maigrit peu à peu, il prend le teint jaune paille des cancéreux et s'achemine rapidement vers la cachexie.

Signes physiques.

A l'inspection on découvre souvent une *ampliation* du thorax irrégulière, distribuée sur une partie très limitée de la poitrine et en rapport avec le développement de la tumeur.

Dans le cas de Ranglaret, la voussure siégeait à gauche surtout en avant, en sorte que le sein gauche paraissait plus volumineux que le droit.

Il peut exister quelques veines de circulation collatérale. Les vibrations thoraciques sont abolies ou fortement diminuées dans la région correspondant au néoplasme.

La matité est complète. C'est une matité de plomb existant en avant comme en arrière, dans toute la hauteur de la poitrine.

A l'auscultation, on trouve une abolition totale du murmure vésiculaire, et dans certains cas du souffle tubaire. Il n'existe pas de bruits adventices, pas de râles, pas de gargouillement, pas de frottements. On ne trouve pas non plus de souffle, ni de pectoriloquie aphone. Par contre la bronchophonie a été signalée (Auvard); elle n'est pas un signe habituel de la pleurésie et peut concourir à l'édification du diagnostic.

A l'auscultation du cœur, on peut trouver des signes de péricardite : on sait que la péricardite cancéreuse est assez fréquente dans les cas qui nous occupent.

On remarque dans le cancer gauche un déplacement de l'organe ordinairement considérable et sa pointe bat jusqu'au niveau du sein droit et même en dehors de celui-ci, comme dans ses plus vastes épanchements.

Un fait très spécial, précieux, manifeste, c'est le *retentissement des bruits du cœur dans toute l'étendue du thorax* non seulement en arrière et à droite, mais encore en arrière et à gauche malgré le grand éloignement du cœur. Contrairement à ce qui se passe dans la pleurésie, le *malade se couche sur le côté sain* ; le décubitus sur le côté malade lui est très douloureux.

Si, soupçonnant le cancer, on explore les régions ganglionnaires, on peut découvrir des adénites cervicales, sus-claviculaires, axillaires. Les adénites sus-claviculaires (Troisier) et les adénites axillaires se présentent ordinairement sous la forme de petites glandes dures, du volume d'une noix, roulant sous la peau, non empâtées et indolores. Elles peuvent par l'évolution de la maladie devenir beaucoup plus volumineuses et plus dures, jusqu'aux dimensions d'un œuf de pigeon. Elles ont une **grande valeur pour le diagnostic**.

Si l'on découvre ces adénites, on porte alors le diagnostic de cancer du poulmon avec pleurésie secondaire vu les signes que nous venons d'indiquer. On fait une ponction exploratrice et l'absence de liquide confirme le diagnostic.

Il peut arriver cependant qu'à une seconde ou troisième ponction on retire une seringue pleine non pas de liquide séro-fibrineux ou simplement hémorrhagique, mais de sang rouge vermeil à peu près pur.

C'est que l'aiguille est tombée sur une des poches que nous avons signalées au chapitre de l'Anatomie pathologique.

Lorsque la ponction a donné du liquide, celui-ci doit être examiné au microscope. Outre les globules rouges, on y peut découvrir des cellules cancéreuses, qui montrent à quelle variété de cancer l'on a affaire. Dans la majorité

des cas, il s'agit de cellules grandes, irrégulières avec un ou deux noyaux et des vacuoles creusées dans leur protoplasma.

C'est ainsi que se présentent les formes de cancer qui font l'objet de cette étude.

Il va sans dire que le pronostic est fatal.

Le malade perd tout appétit ; il vomit le peu d'aliments qu'il absorbe. Ses hémoptysies l'épuisent. Une fièvre élevée pouvant atteindre 40° l'accable. Il meurt dans la cachexie et le marasme.

Il peut arriver que ce soit un foyer de broncho-pneumonie développé au côté opposé qui l'emporte.

Dans d'autres cas, le cœur droit forcé par la tension énorme de l'artère pulmonaire que cause la tension considérable de l'appareil respiratoire, se laisse dilater. Le malade se cyanose, ses membres s'œdématisent, son pouls devient mou, faible, irrégulier. Il a du pouls veineux vrai, jugulaire et la mort survient dans l'asystolie.

DIAGNOSTIC

Ainsi que la description a pu le faire pressentir, le diagnostic du cancer du poulmon est parfois difficile. A toutes les périodes de son évolution on le peut facilement méconnaître car il n'y a pas de physionomie spéciale mais emprunte au contraire celle d'un grand nombre d'affections.

Au début, c'est à la tuberculose pulmonaire, à une tumeur du médiastin, adénopathie trachéo-bronchique, anévrisme de l'aorte qu'on pourra songer.

La tuberculose s'éliminera assez facilement par l'unilatéralité des lésions, l'absence des râles, la répartition des signes physiques. Il est plus fréquent de voir le cancer débiter par la partie moyenne qu'au sommet : c'est le contraire dans la tuberculose pulmonaire.

Les anévrysmes de l'aorte se différencieront facilement si l'on songe à ausculter l'aorte, à rechercher les bruits de souffle, les altérations du pouls.

Dans le cas, où ces signes spéciaux et les signes de compression seront absents, il sera presque impossible de faire la différenciation. On ne pourra porter un avis que si les phénomènes de cachexie, la teinte jaune paille des téguments, les ganglions viennent dénoncer le néoplasme.

A la période d'état l'hydrothorax sera facilement écarté.

L'hydrothorax est un syndrome ; il apparaît surtout dans les affections du cœur ou des reins. Il est noyé au milieu des œdèmes, des hydropisies et ne tient qu'une place minime, dans le tableau symptomatique.

D'ailleurs la ponction permet immédiatement d'écarter ce diagnostic. Il en est de même de la pleurésie simple ou des pleurésies séro-fibrineuses. Les symphyses pleurales doivent être différenciées dans certains cas. Il existe deux grandes catégories de symphyses pleurales : les symphyses pleuro-pulmonaires et les symphyses pleuro-pariétales.

Les symphyses pleuro-pulmonaires qui prennent le plus souvent origine dans les états pathologiques du poumon (bronchite chronique, congestion pulmonaire, tuberculose chronique ou commune) sont ordinairement minces et se caractérisent d'après M. Grancher (1), par le schéma suivant :

Son	=
Vibrations	=
Respiration	—
Incursion thoracique	+

Cette catégorie de symphyses n'entre donc pas dans le diagnostic présent. Il n'en est pas de même des symphyses pleuro-pariétales.

Consécutives aux pleurésies et surtout aux pleurésies purulentes, cette symphyse est épaisse. Le rôle de la plèvre costale est prépondérant dans la genèse de cet épaissement, par suite les signes stéthoscopiques se rapprochent de ceux de la forme du cancer du poumon que nous décrivons car on observe de la matité, de la diminution du murmure vésiculaire sans liquide.

Nous nous reportons au schéma établi par M. Grancher (2) pour faire le diagnostic.

(1) GRANCHER. *Maladies de l'appareil respiratoire*, p. 444.

(2) GRANCHER, *loco citato*.

Son	—
Vibrations	—
Respirations	—
Déformation thoracique.	

On objectera que ce schéma est tout à fait applicable au cancer du poulmon. L'objection est juste ; mais tout l'intérêt de la question porte sur la déformation thoracique. C'est elle, différente dans l'une ou l'autre cas qui permet de séparer les deux affections. La déformation du cancer du poulmon et une voussure limitée ou généralisée. La déformation de la symphyse pleuro-pariétale est tout autre. Lannec a merveilleusement décrit cette déformation (1).

Il est encore une affection dont les signes physiques sont absolument identiques à ceux de la forme pleurétique du cancer pleuro-pulmonaire sans épanchement. C'est la spléno-pneumonie de M. Grancher, mais la spléno-pneumonie débute d'ordinaire à la suite d'un refroidissement.

L'invasion est brusque, marquée par des frissons répétés en même temps qu'apparaît un point de côté parfois très vif, très intense et une dyspnée plus ou moins accusée pouvant aller jusqu'à l'orthopnée.

Le malade tousse, d'une toux pénible, quinteuse et au bout de quelques jours la toux s'accompagne le plus souvent d'une expectoration blanchâtre visqueuse, rappelant l'aspect d'une solution de gomme.

Le pouls est fréquent, la fièvre vive atteignant au début 39° ou 40° centigrade.

(1) LAENNEC in *L'auscultation médiate*, p, 570, Edit. de la Fac. de Méd.

Il y a une ampliation thoracique très sensible donnant au ruban métrique une différence de deux centimètres entre les deux périmètres droit et gauche.

Dans le tiers et les deux tiers inférieurs en arrière les vibrations vocales ont disparu. La percussion donne une matité absolue et l'auscultation révèle un souffle surtout expiratoire, véritable souffle pleurétique, et en même temps de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

Outre l'évolution qui est celle d'une affection aiguë, il y a des signes physiques qui aident le diagnostic et qui permettent de dire qu'il n'y a pas d'épanchement.

Comme dit M. Grancher, il en existe et quoique aucun d'entre eux n'ait un caractère de certitude leur ensemble cependant permet une forte présomption en faveur de la spléno-pneumonie : le premier par ordre d'importance est la conservation de l'espace de Traube ; le plus souvent une auscultation attentive fait percevoir au foyer même de la matité des râles sous-crépitaux discrets et superficiels. Ils sont fugitifs, il est vrai, mais leur présence a une grande valeur quoi qu'ils puissent être aperçus à travers un épanchement lamelliforme.

TRAITEMENT

Il est purement symptomatique. On ne peut songer à enlever chirurgicalement ces vastes tumeurs du poumon.

Les hémoptysies, les douleurs, la dyspnée seront les symptômes à traiter par les moyens ordinaires.

CONCLUSION

I — Il existe une forme pleurétique sans épanchement du cancer pleuro-pulmonaire.

II. — Le cancer est presque toujours primitif. Il siège à gauche dans la majorité des cas. C'est presque toujours un sarcome.

III. — Le diagnostic en est souvent fort délicat, on pense à une pleurésie simple très abondante ou s'il y a des signes de cancer, à une pleurésie cancéreuse. La ponction seule démontre l'erreur. Quelques signes cependant pourraient faire songer à la forme pleurétique sans épanchement du cancer pleuro-pulmonaire.

A côté des signes du cancer (anorexie élective, teinte jaune paille des téguments, ganglions, expectoration gelée de groseille) on constate :

Voussure limitée. — Retentissement des bruits du cœur dans toute l'étendue du thorax à droite comme à gauche, bronchophonie. Décubitus du malade sur le côté atteint.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Une jeune personne, d'une constitution délicate, était allée à une assemblée et dansa beaucoup. Elle s'enrhuma, la toux devint très opiniâtre et violente, mais sans douleur. La dyspnée survint et s'accrut chaque jour; souvent il y avait des palpitations de cœur très fortes et la sensation d'un déplacement du cœur, lequel en effet battait à droite. La malade mourut subitement quelques mois après, à l'âge de vingt-sept ans. Elle était dans les derniers temps sans cesse menacée de suffocation.

A l'ouverture cadavérique. on trouva une tumeur volumineuse, lourde, compacte, formée à la partie moyenne du poumon gauche. Elle repoussait le cœur et ses annexes, paraissait née du parenchyme cellulaire des poumons, lequel était sain autour de la tumeur, mais affaissé par elle. Cette masse était résistante, du poids de 8 à 9 livres, de nature squirrheuse. De la surface du poumon malade s'élevaient un grand nombre de prolongements pédiculés et ayant une forme bulbeuse. Ils ressemblaient à des hydatides, mais le liquide qu'ils contenaient se coagulait par la chaleur. La forme et la grandeur de ces appendices étaient variables. Quelques-unes avaient 1 pouce, d'autres un demi-pouce de diamètre, leur couleur un peu jaunâtre, demi-transparente. Elles étaient évidemment, par une effusion du lymph, coagulables. (Howship, practical observations in surgery and morbid anatomy p. 202; 1816. Singular disease of the lungs). Les lésions curieuses qui furent observées chez cette malade paraissent avoir été la conséquence

d'une pneumonie intense. La tumeur naissait du parenchyme et soulevait la plèvre, en même temps que de la surface même du poulmon s'était exhalé un fluide qui avait formé les saillies dont la plèvre était comme hérissée. Thèse de l'École de médecine, 1845.

OBSERVATION II

Tumeurs développées entre le poulmon et la plèvre pulmonaire.

Claude-Marie Balan, cordonnier, âge de près de trente-trois ans, d'un tempérament lympatique, ayant la peau blanche et les cheveux noirs, né à Saint-Chaumont, département de Saône et-Loire, de parents qui n'avaient point, au moins à sa connaissance, été sujets aux maladies, avait joui d'une bonne santé jusqu'à vingt-trois ou vingt-quatre ans. A cette époque, il eut la gale ; mais, comme il en était peu tourmenté, ce ne fut qu'au bout d'un mois qu'il consulta un médecin, qui ne lui prescrivit aucun remède interne. et lui fit faire huit frictions avec une pommade dont le malade ignorait la composition. Les boutons disparurent, Balan se crut guéri ; mais six à sept mois après, ayant fait un ouvrage fatigant qui avait excité la sueur, il éprouva dès le lendemain des démangeaisons entre les doigts et à diverses articulations du corps ; les boutons sporiques se manifestèrent de nouveau. Le même médecin lui fit faire des frictions semblables aux premières, et la gale se passa en dix jours.

Pendant les sept années qui suivirent cette guérison Balan n'eut aucune espèce d'incommodité. Vers le mois de fructidor de l'an VII, manquant d'ouvrage, il fut obligé de gagner sa vie, de se livrer à des travaux beaucoup plus pénibles que ceux de sa profession. Il éprouva des alternations promptes de sueurs abondantes et de froid subit ; il lui survint une toux

assez vive, accompagnée de l'expectoration d'une matière muqueuse. Dans ce temps, sa femme eut une maladie longue et qui devint mortelle ; Balan passait auprès d'elle une partie des nuits, et employait les jours à un travail rude, auquel il n'était pas accoutumé. La toux, accompagnée d'enrouement et d'une grande difficulté à respirer, devint plus opiniâtre ; elle augmentait de picotements et de véritables douleurs que le malade éprouvait depuis la gorge jusqu'à l'appendice sternal, et qui allaient quelquefois jusqu'à produire des syncopes.

Des boissons adoucissantes furent employées pendant environ sept mois, et le malade fut purgé plusieurs fois. L'enrouement diminua peu à peu ; mais la gêne de la respiration augmenta de jour en jour. Pendant deux autres mois, il y eut une hémoptisie qui fut d'abord très abondante ; les douleurs étaient plus vives et les mouvements du cœur plus fréquents et plus tumultueux.

Les sangsues furent appliquées deux fois à la gorge et deux fois à l'anus, et l'on ouvrit un vésicatoire au bras gauche. Le crachement de sang fit place à une expectoration muqueuse ; mais la langueur, la difficulté de respirer, s'étaient accrues, l'oppression était extrême. On mit le malade à l'usage d'une tisane laxative, et on le purgea de nouveau, ce qui ne servit qu'à aggraver les symptômes qu'il éprouvait. Les extrémités inférieures s'infiltrèrent, et le sommeil fut troublé par des rêves effrayants.

Lassé d'un traitement infructueux, Balan renonça, pendant environ deux mois, à toute espèce de médicament, et s'en tint à user de bonne nourriture : mais ses maux allant toujours en croissant, il se rendit à l'hospice de l'unité, le 20 nivôse dernier il resta dans les salles inférieures jusqu'au 4 pluviôse, qu'il fut admis à la clinique.

A son entrée, le visage était pâle et bouffi, les paupières étaient infiltrées, les yeux humides et les conjonctives, vers l'angle externe, fortement injectées et comme ecchymosées, symptômes qui n'avaient lieu que depuis dix jours ; la langue était un peu blanchâtre, mais très humectée ; il n'y avait ni soif

ni saveur particulière dans la bouche ; une légère douleur se faisait sentir vers le larynx et au commencement de la trachée artère ; la matière glutineuse qui les tapissait provoquait une toux très fatigante, qui augmentait l'oppression, et c'était avec vecpeine que le malade arrachait des crachats puriformes, souvent sanguinolents, et toujours mêlés d'une assez grande quantité de mucosités ; la respiration était courte, haute, suspirieuse.

Le côté de la poitrine était plus bombé, plus arrondi, sa paroi externe et antérieure était œdémateuse ; ce côté, percuté, ne rendait aucun son dans toute son étendue ; le côté droit rendait un son obscur, antérieurement, il résonnait un peu mieux dans ses parties postérieures et latérales. En appliquant la main sur la région du cœur, on ne sentait aucun mouvement de cet organe.

Le malade préférait se tenir sur son séant et incliné en avant ; mais il pouvait se coucher indifféremment sur le dos et sur chacun des côtés ; le plus souvent et avec plus de facilité, c'était sur le côté gauche. Il dormait ou plutôt il sommeillait dans chacune de ces attitudes ; mais il était tourmenté par des rêves pénibles.

Balan avait toujours faim ; la digestion se faisait parfaitement bien ; ainsi que toutes les autres fonctions des viscères de l'abdomen ; le pouls des deux côtés était petit, concentré, très-fréquent et assez régulier. Quelquefois cependant sur quatre-vingt-dix pulsations que l'on comptait par minute, après que les cinquante premières environ avaient été égales et soutenues, les battements s'affaiblissaient et semblaient se perdre sous le doigt, pour reprendre ensuite leur rythme ordinaire et la moindre pression sur l'artère suffisait pour les suffoquer. Du côté gauche, le pouls ayant tous ces caractères, paraissait en général moins fort et moins sensible. Sur toute la surface du corps, la peau était décolorée, d'un blanc mat et légèrement infiltrée ; les pieds, jusqu'au-dessus des malléoles, étaient fort engorgés depuis une quinzaine de jours.

En résumant les divers symptômes qui s'étaient manifestés

depuis l'invasion de la maladie, et dont on avait acquis la connaissance par les réponses du malade aux questions qui lui furent faites, en y joignant ce qui avait été observé dans les salles inférieures et ce qu'apprit l'inspection du malade, en ayant surtout égard à l'absence absolue du son du côté gauche de la poitrine, on pensa que cette cavité gauche était remplie par un liquide épanché, et que le poumon de côté était refoulé, affaissé, aminci, et ne faisait plus ses fonctions.

Le pronostic fut des plus fâcheux ; on regarda la maladie comme devant causer une mort prochaine. On se borna à l'usage de quelques pectoraux légèrement incisifs, dans la vue de favoriser l'expectoration et de diminuer la gêne de la respiration, ce qui parut agacer un peu ; en conséquence, on se réduisit aux simples adoucissants, et on tâcha de procurer un peu de sommeil. Ces moyens réussirent tellement que le malade se trouvait très soulagé et sentait renaître l'espérance de guérir. Cet état de mieux apparent et de calme, qui n'en imposa point dura environ une décade, après quoi la respiration devint plus gênée ; les forces diminuèrent, les yeux s'excavèrent, les traits du visage furent sensiblement altérés, les muscles en paraissaient rétractés ; la voix devint plus rauque, la toux plus opiniâtre, l'expectoration tout à fait purulente, mais en moindre quantité ; les extrémités supérieures et le côté gauche de la poitrine parurent très infiltrés.

Cet homme passa la journée du 23 pluvîose dans un grand état de calme ; mais, pendant la nuit suivante, étant couché sur le dos, il manqua trois fois d'étouffer. Vers trois heures du matin, on entendit, dans sa trachée-artère, le râle produit par l'air qui traverse très difficilement des matières visqueuses ; et en quelques minutes Balan expira, au bout de dix-sept mois de maladie, le trente-quatrième jour de son entrée à l'hospice de l'Unité, et le vingtième de son admission à la clinique. Dans l'intervalle des quatre secousses qui précédèrent sa mort, il avait conservé toutes ses facultés intellectuelles.

Ouverture du cadavre. — Le cadavre, considéré à l'intérieur, fit voir la tête et la poitrine, surtout du côté gauche, infiltrées.

Le côté gauche du thorax était plus élevé que le droit ; il présentait un demi-ovale étendu de la partie inférieure du col au bord inférieur des fausses-côtes. La percussion donna les mêmes résultats que sur le vivant, c'est-à-dire qu'il y avait absence totale de son du côté gauche, un son obscur à droite antérieurement et bien plus distinct à la partie latérale. On ne frappa point les parties postérieures ; l'abdomen et les extrémités étaient à peu près dans l'état naturel.

L'empyème, pratiqué sur le cadavre avec un scapel, ne donna issue qu'à une très petite quantité de matière, comme du sang décomposé, que l'on reconnut ensuite être sortie du poumon, dans lequel l'instrument avait pénétré.

Le sternum enlevé, et les côtes sciées vers leur quart postérieur, on vit que les plèvres costales et pulmonaire du côté gauche adhéraient fortement entre elles, et en les détachant, on mit à découvert les côtes et les muscles intercostaux ; mais, au lieu du liquide qu'on avait annoncé devoir être amassé dans la cavité gauche, on trouva une masse solide, de couleur rouge et blanchâtre, d'une surface inégale et bosselée, en forme de magdaléons, laquelle remplissait tout le côté gauche du thorax, occupait aussi la place où est ordinairement le médiastin, et s'étendait supérieurement et antérieurement du côté droit.

Les diamètres de cette tumeur avaient, savoir : celui de haut en bas, 10 pouces (0,2706 décimètres), celui de gauche à droite, 7 pouces (0,1894 décimètres) ; et celui d'avant en arrière 6 pouces et demi (0,1739 décimètres) ; La masse s'étendait, depuis la première vraie (côte sternale) jusqu'au diaphragme ; elle était, en outre, surmontée par deux appendices à peu près du volume d'un œuf de poule, qui laissaient entre elles la trachée, et remontaient, par-dessous les clavicules, jusqu'à la glande thyroïde.

A gauche, la région supérieure de la tumeur était couverte d'une grande plaque, sans profondeur, présentant l'aspect d'une ecchymose ; c'étaient les vestiges du lobe supérieur du poumon gauche dont le parenchyme était désorganisé, res-

semblant à celui de la rate, et réduite à peine à 3 lignes (0,0068 décimètres) d'épaisseur. Le lobe inférieur était derrière la tumeur, et avait beaucoup perdu de son volume naturel ; il contenait un foyer purulent : le pus en était remonté jusque dans la trachée-artère, qu'il avait emplie de manière qu'il coula en assez grande quantité par l'ouverture du larynx lorsqu'on palpa la tumeur, pour l'examiner. Ce pus, qui avait hâté la mort du sujet en causant la suffocation, après être remonté au-dessus de la bifurcation des bronches, était redescendu du côté droit dans ses principales ramifications.

Le poumon droit, assez sain et encore crépitant, était diminué de volume, à raison de la tumeur qui refoulait le médiastin à droite, et qui s'étendait en haut dans le côté droit, et à raison du cœur porté tout entier dans la partie inférieure droite de la poitrine. On trouva dans le lobe supérieur de ce poumon deux tubercules, et un troisième dans son lobe inférieur. Ces tubercules, surtout le dernier, étaient suppurés, mais ne s'ouvraient point dans les ramifications des bronches, qui, ainsi que nous l'avons remarqué, ne contenaient à leur entrée que le pus qu'avait fourni le poumon gauche.

Le médiastin, le péricarde et le cœur étaient réjetés dans la cavité droite. Le péricarde contenait environ un demi-litre de liquide assez limpide ; il offrait, à sa partie supérieure, extérieurement et antérieurement, plusieurs petites excroissances ayant l'apparence stéatomateuses. Le cœur était comme flétri et d'une petitesse remarquable ; sa pointe était tournée à droite.

Ainsi la tumeur, à laquelle nous revenons, était évidemment placée entre ce qui restait du parenchyme du lobe supérieur du poumon gauche et la plèvre de ce lobe, du côté du médiastin. Elle était recouverte d'une membrane fine, qui lui était propre, et par la plèvre costale qui lui était assez intimement appliquée. Une portion de cette enveloppe particulièrement allait couvrir les appendices placées hors de la poitrine.

Toute la masse enlevée, y compris les poumons et la tra-

chée-artère, le péricarde vidé et le cœur, pesait 13 livres et demi (6 kil. 60,8329), l'œsophage en avait été distrait.

En incisant la tumeur, on trouva d'abord une substance assez compacte, blanchâtre, qu'on pourrait appeler corticale, et au-dessous une substance plus blanche, un peu grenue, ayant, en apparence, tous les caractères qu'on attribue aux stéatômes. Une tranche de cette substance analysée par le citoyen Voquelin s'est trouvée être tout albumineuse et non point grasseuse.

Vers la partie postérieure de la poitrine, la tumeur n'était point appliquée aux côtes ni aux vertèbres, et la plèvre pulmonaire n'adhérait point à la plèvre costale, de sorte que l'œsophage était parfaitement libre, mais aplati plus que dans l'état naturel. Ayant fendu ce canal dans toute sa longueur, on y trouva des aliments préparés par la mastication, mais qui paraissaient n'avoir point encore pénétré jusqu'à l'estomac.

Tous les viscères de l'abdomen étaient dans l'état le plus sain, seulement le foie parut moins volumineux qu'il ne l'est ordinairement, mais il n'est point gras comme on le rencontre assez souvent dans les désorganisations du poumon. (Observation sur une masse de substance albumineuse, occupant le côté gauche, le milieu et un peu de la partie droite de la poitrine, antérieurement recueillie à la clinique interne de l'Ecole de médecine de Paris, par les professeurs Corvisart et J.-J. Leroux ; t. 2, p. 3, année 1801.) Dans les réflexions qui suivent cette remarquable observation, les professeurs Corvisart et Leroux déplorent l'erreur du diagnostic qui fut commise, et dans laquelle il était surtout alors presque inévitable de ne pas tomber.

Je me bornerai à faire remarquer que la tumeur était réellement née entre le parenchyme du lobe supérieur du poumon et la plèvre de ce lobe. Ce sont les propres expressions des observateurs habiles auxquels ce fait appartient.

Thèse de l'Ecole de médecine, 1845.

OBSERVATION III

Cancer primitif du poumon gauche, par M. AUVARD,
interne des hôpitaux.

Le nommé Renoux Jules, 56 ans, ouvrier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, le 20 janvier 1882.

Cet homme qui, jusque là, avait toujours joui d'une bonne santé, est malade depuis cinq mois et demi. Il éprouve depuis ce moment un gonflement qui va en augmentant de jour en jour. En dehors de cette oppression, il n'a aucun symptôme bien net.

Au moment de son entrée à l'hôpital, nous constatons les symptômes suivants : Dyspnée assez marquée sans point de côté, le malade dit n'avoir eu que des douleurs passagères du côté gauche du thorax, mais jamais de point de côté bien franc. A l'examen local, l'inspection ne révèle aucune déformation nettement appréciable du thorax. Par la percussion, on trouve de la matité très marquée dans tout le côté gauche du thorax. A la palpation, les vibrations thoraciques, légèrement conservées au sommet de ce poumon, sont très faibles dans la fosse sous-épineuse et nulles vers la base. — A l'auscultation, silence complet à la base du poumon, souffle léger et lointain dans la fosse sous-épineuse, souffle plus intense et rapproché dans la fosse sus-épineuse ; en avant, souffle assez intense dans la région sous-claviculaire. Bronchophonie dans tous les points où on entendait le souffle ; vers la droite, les battements sont un peu sourds, mais ne sont accompagnés d'aucun bruit pathologique.

L'état général est assez bon. L'appétit est conservé ; pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'albumine dans l'urine, le malade dit avoir un peu maigri dans ces derniers temps. Il n'y a pas de fièvre ou seulement un léger mouvement fébrile le soir. Le diagnostic pleurésie avec épanchement est porté, et

l'oppression allant en croissant, le 25 janvier, on fait la thoracocentèse avec l'aspirateur de Potain, en arrière, dans le huitième espace intercostal ; par cette ponction, on ne ramène pas une goutte de liquide.

Les jours suivants, la fièvre est un peu plus marquée, l'oppression augmente ; le 30 Janvier on applique un vésicatoire.

Le 2 février, au soir, le malade paraît plus affaibli, l'examen local révèle les mêmes symptômes qu'au premier jour, les battements cardiaques sont particulièrement très sourds. Le malade reste continuellement couché sur le côté gauche et le bras, de ce côté, présente un peu d'œdème ; aucune autre région ne présente d'ailleurs d'infiltration séreuse, on ne trouve pas de cordon dur indiquant une thrombose veineuse. — Dans la nuit, le malade meurt à trois heures du matin.

Autopsie, faite le 4 février. — Elle donne les résultats suivants :

À l'ouverture du thorax, on trouve le péricarde distendu par du liquide ; en ponctionnant cette séreuse, il s'écoule environ cent grammes d'une sérosité sanguinolente, les deux feuillets du péricarde portent la trace d'une inflammation légère. La partie de la séreuse en rapport avec le poumon gauche est intimement adhérente à cet organe ; elle est le siège d'une infiltration néoplasique très marquée, qui triple environ son épaisseur et rend sa surface inégale et mamelonnée. Le myocarde et l'endocarde sont normaux. Les deux feuillets de la plèvre gauche sont réunis par des adhérences très étroites et solides ; pour enlever ce poumon, il faut décoller la plèvre pariétale de la paroi thoracique.

En aucun point, la paroi thoracique ne semble altérée. Tout le poumon forme un bloc massif rappelant à peu près, par sa densité, le foie. En faisant une incision verticale et antéro-postérieure dans cet organe, on trouve à la partie inférieure une masse blanche d'aspect encéphaloïde, un peu moins grosse que les deux points réunis.

De cette masse partent des prolongements de même nature et de même espèce, se dirigeant vers le sommet du poumon. Le

néoplasme est entouré par le tissu pulmonaire, altéré et par semé, vers le sommet du poulmon, de petites cavernes de la grosseur d'un pois à une noisette. Les bronches sont remplies d'un liquide filant, blanc-jauneâtre.

Le poulmon et la plèvre droite sont normaux. Les organes du médiastin postérieur sont englobés dans un tissu scléreux assez dense, dans lequel ils sont comme emprisonnés. L'aorte et l'œsophage ne présentent d'ailleurs aucune altération spéciale. Les ganglions bronchiques et péri-vertébraux sont très augmentés de volume ; quelques-uns atteignent jusqu'à la grosseur d'une noix ; à la coupe, ils ont un aspect blanchâtre encéphaloïde. La colonne vertébrale, examinée par sa partie antérieure, est saine dans toute son étendue. On ne rencontre aucune altération du tube digestif : l'œsophage, l'estomac ainsi que l'intestin sont normaux et ne présentent pas trace de néoplasme.

Le foie est très augmenté de volume, il pèse 2,500 grammes ; mais, à la coupe pratiquée en différents points, on ne peut trouver d'autre altération que celle de la dégénérescence graisseuse. La rate est normale ainsi que le pancréas.

Les reins sont congestionnés, de volume à peu près normal ; sur le rein gauche, les substances corticales et parenchymateuses sont mal limitées, l'une par rapport à l'autre. La vessie est normale. Les testicules ne présentent aucune altération appréciable. L'ouverture de la cavité crânienne ne révèle pas dans la masse encéphalique la présence d'un néoplasme.

L'examen de la peau par la palpation ne permet de trouver en aucun point des noyaux indurés. -- L'examen des grosses veines du bras gauche ne révèle pas la présence d'un caillot.

En somme, l'absence absolue de néoplasme, en dehors du poulmon gauche et des ganglions qui en dépendent, permet de conclure à l'existence d'un cancer primitif du poulmon. — L'examen de la tumeur au microscope montre qu'il s'agit bien d'un cancer encéphaloïde.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à cause de l'identité presque absolue des symptômes présentés

par ce malade avec ceux d'une pleurésie chronique. Les signes étaient tellement ceux de cette maladie, sauf l'égophonie qui manquait, qu'aucune des personnes qui l'avaient examiné n'avait songé à mettre en doute l'existence de la pleurésie. La thoracentèse avait été négative, il est vrai, mais, dans une pleurésie ancienne comme on la supposait être, il n'était pas impossible que de fausses membranes épaisses ne gênassent la sortie du liquide en ce point.

Quant à l'autopsie, deux points surtout ont attiré notre attention.

1° L'adhérence intime de deux feuillets pleuraux, et l'absence par là même d'épanchement hémorragique dans son intérieur, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent dans cette maladie.

2° L'existence de la péricardite cancéreuse avec épanchement hémorragique.

Bulletin de la Société anatomique, 1882.

OBSERVATION IV

Sarcome primitif du pounion gauche. Par M. FERRAND.

Observation résumée. — Femme de trente-deux ans, entre le 26 juin 1893, dans le service de M. le docteur Ferrand, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, lit n° 15.

Les antécédents sont nuls.

La maladie actuelle remonte à un an environ. A ce moment, la malade était enceinte. Elle est traitée successivement à Lourcine, puis à la Charité, où elle accouche d'un enfant bien portant. Incomplètement guérie, elle sort de l'hôpital après sept mois de séjour.

Vers le 20 juin hémoptysie légère avec exacerbation de douleurs intercostales. Entré à l'Hôtel-Dieu le 26 juin 1893.

Examen à l'entrée. — La malade attire d'abord l'attention sur ses douleurs intercostales. Respiration gênée. Zone

de matité occupant en arrière et sur les côtés toute la partie moyenne du poumon gauche. Le murmure vésiculaire est aboli dans la région mate ; il s'entend au sommet et à la base du poumon, on pense à une pleurésie interlobaire.

L'évolution ultérieure de la maladie ne semble pas confirmer ce diagnostic. En effet, la toux devient fréquente, quinteuse, difficile, avec expectoration parfois sanguinolente. Il se produit une voussure thoracique considérable avec immobilité complète de la paroi.

Le cœur est dévié totalement à droite.

La matité est de plomb dans tout ce côté, excepté au sommet.

L'examen des crachats au point de vue bactériologique reste négatif.

Le 4 septembre. — Aspect de la malade tout différent de celui de son entrée. Aux symptômes locaux précédemment énoncés, on doit ajouter un amaigrissement considérable, une anorexie élective pour la viande, une apyrexie complète.

De plus, localement, on constate l'engorgement des ganglions axillaires du côté malade seulement. Pas de ganglions sous-claviculaires.

L'examen de l'urée donne 14 grammes en vingt-quatre heures. En présence de ces nouveaux symptômes, on pense à un néoplasme pleuro-pulmonaire.

Le 11 novembre. — La malade meurt dans le marasme cachectique.

A l'autopsie. — Tumeurs volumineuses (2 kil. 400) occupant toute la place du poumon gauche.

Pas de noyaux secondaires dans les autres organes. La plèvre est épaissie mais non envahie par la tumeur.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes. Le poumon resté sain ne présente pas d'infiltration de cellules embryonnaires. Il en est de même de la plèvre, qui est seulement renforcée par un tissu conjonctif.

La pièce a été présentée à la Société anatomique le 17 no-

vembre et se trouve actuellement dans le laboratoire de M. Lancereaux à l'Hôtel-Dieu.

M. Bourcy a observé tout récemment un cas présentant avec celui de M. Ferrand les plus étroites analogies ; malheureusement l'autopsie ne put être pratiquée. Il s'agissait d'un homme de cinquante-cinq ans, nullement cachectique, entré à la maison Dubois, avec des phénomènes d'orthopnée, survenant par accès paroxystiques, et s'accompagnant d'un cornage intense.

L'examen méthodique du thorax dénotait à droite une matité absolue de haut en bas, en avant comme en arrière, et l'abolition complète du bruit respiratoire et des vibrations vocales. Il y avait en outre à droite, au-dessus de la clavicule, un ganglion isolé, non douloureux, non adhérent à la peau, dur, bosselé, du volume d'une noix environ. La constatation de ce ganglion mit sur la voie du diagnostic : cancer du poumon, diagnostic qui fut confirmé le lendemain par une expectoration gelée de grosseille tout à fait conforme aux descriptions classiques.

Il y avait évidemment compression de la trachée (cornage), mais tous les autres symptômes de compression intra-thoracique (compression du recurrent, du grand sympathique, des veines, etc.), faisaient absolument défaut.

Le diagnostic de cancer au poumon parut donc indiscutable ; mais, on dut se demander, en présence des signes physiques, s'il n'y avait pas coexistence d'un épanchement pleural ; de nombreuses ponctions exploratrices, faites en des points très éloignés furent toutes négatives ; d'autres ponctions, pratiquées en ville, n'avaient pas eu plus de résultat.

C'est surtout sur ce point (signes thoraciques évoquant l'idée d'un gros épanchement pleural) que cette observation se rapproche de celle de M. Ferrand, et a paru mériter d'être rapportée.

Société Médicale des hôpitaux,
Séance du 1^{er} décembre 1893.

OBSERVATION V

Sarcome primitif du poumon gauche.

Le 24 Janvier, entre dans le service de notre maître, le docteur Guyot, à Beaujon, un jeune homme de 23 ans, cocher, Maxime F...

Plusieurs des parents du malade sont morts tuberculeux. Quant à lui, sa santé avait été bonne jusqu'en octobre dernier.

Il y a cinq mois, à la suite d'un refroidissement, dit le malade, il éprouva une crise de dyspnée en même temps qu'une vive douleur dans l'épaule gauche, douleur s'irradiant dans le bras et jusque dans les doigts. Il dut prendre le lit pendant 8 jours ; le médecin qui vint le soigner lui mit un vésicatoire sur la région précordiale et lui ordonna du salicylate et de la digitale.

Le malade avait repris ses occupations lorsque, à la fin de décembre, il eut froid à nouveau, dit-il, et les symptômes précédents réapparurent. Ils persistèrent pendant le commencement de janvier ; des hémoptysies se produisirent alors et comme le malade maigrissait il se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment l'auscultation ne donna aucune indication celle du cœur laissa entendre un léger frottement du péricarde, et comme les douleurs qu'avait le malade paraissaient se rapporter à du rhumatisme, on fit le diagnostic de péricardite sans épanchement. Mais l'état du malade se modifia rapidement, et si nous le révoyons le 4 mars, voici les symptômes que nous observons : le malade est pâle, mais non cyanosé. Les douleurs dont il se plaint siègent du côté gauche de la poitrine ; celles de l'épaule sont moins accentuées qu'au début. La douleur oblige le malade à rester couché sur le côté droit ; elle devient très vive alors qu'il essaie de se coucher à gauche ou même sur le dos. L'appétit est conservé, mais le malade éprouve une certaine difficulté à avaler les aliments solides ;

son pouls est très rapide mais la température oscille autour de 38° seulement.

En observant le malade on est tout d'abord frappé par l'amplitude qu'a pris le côté gauche du thorax, et frappé aussi de voir les pulsations cardiaques soulever le sixième espace intercostal sous le mamelon droit. La recherche la plus minutieuse des ganglions axillaires et autres ne donne aucun résultat.

L'examen du poumon, donne les signes suivants : matité absolue sous la clavicule gauche ; submatité en avant et en bas ; submatité en arrière sur toute la hauteur.

Le murmure respiratoire est complètement aboli à gauche et en avant depuis la clavicule jusqu'au sixième espace intercostale ; on l'entend en arrière mais extrêmement affaibli et s'éteignant progressivement les jours suivants. Egophonie légère en arrière et à gauche. L'examen du cœur révèle les signes suivants : on voit la pointe battre au-dessus du sein droit, les jours suivants. Cette déviation devait s'accentuer encore et au moment de la mort la pointe battait à trois travers de doigts en dehors de la ligne du sein droit. La percussion confirme le déplacement de la masse cardiaque. L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal ; on est frappé de ce que les bruits cardiaques s'entendent de tous les points du thorax ; non seulement en arrière et à droite, mais encore en arrière et à gauche malgré le grand éloignement du cœur. En ce point, les bruits du cœur n'ont pas le timbre mais sont comparables à ceux du cancer pleuro-pulmonaire ; Le sang, au lieu d'être noir, est au contraire rouge comme du sang artériel et l'examen spectroscopique révèle la présence des deux bandes d'oxyhémoglobine sans trace de la bande d'hémoglobine réduite. Cet examen spectroscopique indique une proportion de 110/0 d'oxyhémoglobine ce qui fait penser que le sang n'est pas dilué.

L'examen microscopique du cœur indique une proportion à peu près normale des globules blancs et rouges ; l'on n'y trouve pas d'éléments cancéreux pouvant aider le diagnostic.

Des cultures faites avec le sang restent stériles.

Cinq jours après, l'état du malade devenait toujours plus inquiétant ; M. Millard que M. Guyot pria de bien vouloir examiner le malade, considéra comme certaine la présence d'une grosse collection. — Nous fîmes une nouvelle ponction au 6^e espace et dans la ligne axillaire. Le trocart enfoncé de 5 centimètres ne ramenait rien, mais enfoncé jusqu'à la garde et dirigé obliquement en haut, il retrouvait la cavité à un bruit de piston.

Le cœur bat 130 pulsations à la minute, le pouls est petit. Une ponction est faite en avant dans le 6^e espace intercostal et ne ramène rien. Les symptômes s'accroissent les jours suivants.

Le 9 mars, l'interne de service, M. Delestre fait une ponction avec une seringue de Pravaz dans le 3^{me} espace intercostal en avant, au point où la déformation thoracique paraît le plus accentuée ; son aiguille assez courte ramène une demi-seringue de liquide limpide.

Le même jour, au même point, nous faisons une ponction avec le trocart en l'enfonçant profondément jusqu'à ce que nous sentions sa pointe libre dans une vaste cavité ; il sort du sang dont nous nous contentons de retirer 50 grammes. Ce sang n'est pas noir comme celui qu'on décrit dans les pleurésies hémorrhagiques. La seconde ponction ramène encore du sang : on en retire 70 grammes environ, après quoi le malade eut un court soulagement. Puis la maladie reprit son cours ; les crachats sanguins reparurent ; jamais ils n'eurent d'aspect gelée de groseille caractéristique. A partir du 20 mars la température monte à 40°, le malade avale difficilement même les liquides, il parle très bas et difficilement. Il meurt d'asystolie le 23 mars.

Autopsie. — On constate que le poumon gauche est transformé en une énorme masse remplissant la plus grande partie du thorax. Les autres organes offrent peu de lésions.

Le cœur a des parois un peu flasques. Le péricarde contient une petite quantité de liquide sans importance. Le foie est un peu congestionné. Les reins sont gros, très congestionnés ; le

malade avait eu de l'albuminurie les derniers jours de sa maladie.

Le poumon droit refoulé et en dehors paraît n'être plus perméable à l'air entre tous ces points. La plèvre gauche contient aussi peu de liquide légèrement teinté en rose. Elle est adhérente à elle-même en plusieurs points, mais ne paraît pas être le siège de noyaux néoplasiques ; on la détache assez facilement du poumon qu'elle revêt.

Il paraît exister très peu de généralisation ganglionnaires ; les plus gros ganglions sont ceux voisins du hile qui atteignent à peine la grosseur d'une dragée.

Quant au poumon lui-même il pèse 2 kilogr. 300. Une fois sectionné, on constate qu'il existe au centre du lobe supérieur une autre poche remplie de près d'un litre de sang. Les parois de la poche sont anfractueuses ; dans le liquide sanguin nagent des débris, les uns libres, les autres tenant encore par un mince pédicule.

Les parois de la poche sont molles et rouges ; il faut se rapprocher de la plèvre pour trouver un tissu dur et gris ; ce tissu existe presque en tous points sous la plèvre ; il enveloppe la tumeur d'une coque presque complète.

Examen histologique. — C'est dans cette coque plus ferme que nous pratiquons d'abord des coupes histologiques après congélation.

Voici ce que nous trouvâmes en allant de dehors en dedans. Sous la plèvre une mince zone où les vaisseaux sont nombreux et dilatés. Les lobules pulmonaires les plus voisins de la plèvre ont leurs parois conservées ; leurs cavités sont pleines de cellules paraissant néoplasiques.

A mesure qu'on s'éloigne de la plèvre pour se rapprocher du centre de la tumeur, les globules sont moins nets, leurs parois disparaissent et on ne trouve bientôt plus que des cellules juxtaposées.

Nous avons ensuite pratiqué des coupes dans la partie la plus centrale de la tumeur, dans la paroi de la poche sanguine. L'examen très sommaire que nous avons fait nous montre

des cellules embryonnaires légèrement allongées, n'étant séparées par rien les unes des autres; par place les groupes de cellules sont séparés par des faisceaux de tissu conjonctif.

Réflexions. — La rareté des sarcomes primitifs du poumon suffisait à donner un intérêt à cette observation : le professeur Spillmann et le docteur Haushalter de Nancy, dans un article paru le 5 décembre 1861 dans la *Gazette hebdomadaire*, ne comptaient que vingt cas connus de sarcomes primitifs du poumon. L'observation nous a paru d'autre part intéressante par quelques points cliniques et histologiques.

La marche de la maladie a été essentiellement rapide, on considère la durée moyenne du sarcome du poumon comme étant de 2 ans ; celui-ci paraît avoir évolué 5 mois. Plusieurs symptômes habituels manquent. L'absence de ganglions nous a d'autant plus frappé que nous en faisons à tout instant une recherche plus minutieuse.

L'épanchement pleural d'un cancer du poumon est généralement hémorragique ; dans notre observation, cet épanchement est presque nul ; la très petite quantité de liquide qui existe est limpide pendant le cours de la maladie, comme l'indiquerait la ponction de M. Delestre, ponction faite bien probablement dans la plèvre ; même au moment de la mort, le liquide est à peine rosé. Cette absence d'hémorragie de la plèvre est due, sans doute, à la localisation pulmonaire du néoplasme et à l'intégrité relative de la plèvre constatée à l'autopsie. Ce doit être à cette absence de liquide péri-pulmonaire, qu'il faut attribuer le retentissement des bruits cardiaques dans le thorax ; comme nous le disons plus haut, quoique le cœur fut refoulé contre la paroi droite du thorax, les bruits du cœur s'entendaient en arrière et à gauche ; c'est là un signe qui n'est pas décrit à notre connaissance.

C'est encore à la forme si spéciale de la tumeur, à l'existence de cette vaste cavité intra-pulmonaire qu'était dû le résultat des deux ponctions ; si comme on l'a dit, le sang retiré de la plèvre dans un cancer du poumon est noir et non oxygéné, l'aspect de celui que nous avons retiré du poumon ne

peut lui être comparé, car il n'y existe pas de trace d'hémoglobine réduite. Il nous a paru étrange que ce sang ne renfermât pas des cellules du néoplasme ; nous les avons recherchées sans succès.

Ces anomalies de symptômes devaient contribuer à faire hésiter sur le diagnostic : l'aspect du malade, la forme de la malité devaient au début faire penser à un épanchement du péricarde, seuls, les battements du cœur bien perceptibles et superficiels permettaient d'éloigner cette hypothèse.

Parmi tous les diagnostics proposés un de ceux qui avait le plus de vraisemblance était celui d'une pleurésie hémorrhagique interlobaire très volumineuse, déterminée par une tuberculose pulmonaire.

Notons cependant que le malade bien loin de préférer se coucher sur le côté malade ne pouvait y demeurer un instant.

D'autre part, les parois anfractueuses que rencontrait le trocart introduit dans la cavité rendait la chose peu vraisemblable.

Telles sont les remarques que nous suggère la clinique. Ce qui dans l'autopsie nous frappe davantage c'est la localisation remarquable de ce néoplasme qui prend tout un poumon, mais s'y cantonne et n'a aucune tendance à se généraliser.

Quand à l'étude histologique de la tumeur elle nous a paru plus délicate. Après avoir fait les coupes dans la portion corticale, après avoir vu ces lobules pulmonaires conservant leurs charpentes et dont les alvéoles étaient pleines de cellules néoplasiques, nous avons pensé à un développement épithélioïde des alvéoles pulmonaires conservés et tenant lieu de stroma cancéreux, ainsi que cela se produit dans l'épithéliome du poumon.

Cependant la disparition rapide de stroma alvéolaire à mesure qu'on examine une portion moins superficielle nous semblait difficile à expliquer, M. Gombault à qui nous montrions nos coupes nous conseilla de choisir des portions du poumon plus centrales.

C'est ce que nous fîmes et dès lors la tumeur nous apparut bien comme un sarcome fasciculé.

Mais il reste à interpréter la disposition des charpentes alvéolaires dont nous avons parlé. Le contenu des alvéoles est-il bien formé par des cellules sarcomateuses ? ou bien est-il produit par l'épithélium alvéolaire ? ne s'agit-il là que d'une pneumonie de voisinage ? Notons enfin qu'à l'approche du sarcome les parois alvéolaires semblent s'amincir et disparaître, ce qui est un processus tout différent de celui indiqué par le professeur Spillmann dans son observation de sarcome ; pour lui l'oblitération des alvéoles se fait par épaissement graduel des parois.

Bulletin de la Société Anatomique de Paris. 1893.

Séance du 31 mars 1893.

OBSERVATION VI

Sarcome primitif du poumon gauche, par M. RANGLARET.
Interne des hôpitaux.

La nommée Marie G..., journalière, âgée de 34 ans, entre le 26 juin 1893 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Ferrand, salle Sainte-Anne, lit n° 15.

Antécédents héréditaires. — Père mort de variole, mère encore vivante.

Antécédents collatéraux. — Nuls.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie grave. Réglée à 14 ans. Les menstrues ont toujours été normales.

Première grossesse en 1885. Enfant vivant et bien portant. Deuxième grossesse en 1892, qui se termine par un accouchement normal. L'enfant vit aussi.

La maladie actuelle semble remonter au mois de juillet 1892, la malade entre à Lourcine où elle est traitée pour une pleu-

résie gauche ; elle était enceinte de six mois à ce moment. Elle sort après un mois de séjour incomplètement guérie ; on ne lui aurait fait aucune ponction.

Environ deux mois après sa sortie de Lourcine, la malade étant près d'accoucher et souffrant toujours du côté gauche, se présente à la Charité où elle est reçue dans le service de M. Constantin Paul. Elle accouche à l'hôpital d'un enfant bien portant.

Les suites des couches sont longues et difficiles.

Il se produit de l'amaigrissement avec pertes considérables des forces. La pleurésie gauche persiste toujours. Une ponction explorative reste sans résultat.

Après un séjour de 7 mois à la Charité, la malade quitte l'hôpital et reste encore deux mois chez elle, souffrant toujours de douleurs très vives dans le côté gauche.

Vers le 20 juin 1893, la douleur intercostale gauche s'exaspère et il se produit une hémoptysie. Cette hémoptysie est peu abondante, mais elle est néanmoins constituée par les crachats de sang rouge et presque pur. Cette éventualité décide la malade à revenir à l'hôpital pour la troisième fois. Elle entre à l'Hôtel-Dieu dans le service M. le docteur Ferrand. — Examen de la malade à son entrée, 26 juin 1893. On se trouve en présence d'une femme de taille moyenne, légèrement amaigrie à facies un peu pâle. Elle se plaint de douleurs intolérables dans le côté gauche et de gêne considérable dans la respiration.

A l'examen, on trouve une légère voussure de la paroi-thoracique gauche, surtout en avant ; en sorte que le sein gauche paraît plus volumineux que le sein droit.

A la percussion, zone de matité occupant en arrière et en avant les deux tiers inférieurs du poulmon.

Toutefois il existe en arrière, près de la colonne vertébrale, une zone de sonorité occupant trois travers de doigt à partir du bord inférieur du poulmon.

Le murmure vésiculaire est complètement supprimé dans la partie correspondant à la matité ; c'est dire qu'en arrière

la respiration s'entend au sommet et à la base du poumon.

Il existe ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

Du côté droit, respiration supplémentaire caractérisée par un murmure vésiculaire un peu rude et une respiration soufflante.

Outre la névralgie intercostale très intense dont se plaint la malade, il faut noter une sensation de poids dans tout le côté gauche et des crises de dyspnée à intervalles assez rapprochés.

La toux est fréquente, quinteuse et s'accompagne d'une expectoration muqueuse abondante sans caractères bien tranchés.

Le cœur est légèrement dévié à droite ; les bruits sont normaux. Le pouls est également normal.

Du côté du tube digestif : anorexie très marquée, **elective pour la viande ; constipation habituelle.**

Langue blanche et légèrement saburrale.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Les règles n'ont pas reparu depuis la dernière grossesse.

L'état général est médiocre. Apyrexie complète.

Les jours suivants, état à peu près stationnaire.

Le 3 juillet. Ponction exploratrice qui reste sans résultat. En présence de ces divers symptômes et du résultat négatif de la ponction, on pense à une pleurésie interlobulaire.

Le 20. Crachats puriformes. L'examen microscopique de ces crachats n'amène la découverte d'aucun bacille tuberculeux. Dans le cours des mois de juillet et d'août, l'état général s'affaiblit de plus en plus ; la malade maigrit et se cachectise. La toux devient de plus en plus fréquente et l'expectoration très abondante (3 crachoirs par jour).

La douleur intercostale n'est plus calmée que par les piqûres de morphine faites tous les soirs à la malade pour lui procurer un peu de sommeil.

Les signes physiques se modifient également peu à peu et

voici ce que donne, vers le 4 septembre, un nouvel examen complet de la malade.

Le 4 septembre. Dyspnée de plus en plus marquée. La voussure thoracique gauche a gagné la base du thorax où elle est même plus marquée qu'à la partie moyenne. Pendant la respiration, l'immobilité de la paroi est complète. Un lacis veineux assez abondant s'aperçoit au-dessous de la peau. La percussion dénote une matité de plomb dans tout le côté gauche. Le murmure vésiculaire est aboli. C'est à peine si le long de la colonne vertébrale on peut le percevoir lointain et très affaibli.

Les crachats sont sanguinolents, mais d'une façon intermittente ; leur abondance est toujours considérable. Du côté droit, rien d'anormal. Le cœur est dévié à droite, la pointe bat dans le quatrième espace intercostal droit, à 5 centim. environ de la ligne médiane. Pas de bruit anormal aux orifices. Enfin, l'exploration de l'aisselle gauche permet de constater la présence de 5 ou 6 ganglions du volume d'une grosse noisette, de consistance dure et roulant sous le doigt. Pas de ganglions sus-claviculaires.

Du côté du tube digestif, les symptômes sont les mêmes que ceux constatés à l'entrée de la malade. L'anorexie persiste, l'amaigrissement et la cachexie se prononcent.

Il convient de noter les vomissements toujours alimentaires se produisant presque immédiatement après les repas.

Les urines sont assez abondantes ; la malade rend 2 litres d'urine en 24 heures.

Leur examen clinique ne révèle ni sucre ni albumine.

Le dosage de l'urée donne 7 gr. par litre, soit 14 gr. d'urée en 24 heures. La recherche de l'indican ne donne aucun résultat. Une ponction exploratrice faite à ce moment au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate donne un liquide hémorragique. Ce liquide, examiné au microscope, ne contient comme éléments figurés que ceux que l'on trouve dans le sang.

Un nouvel examen microscopique et bactériologique des liquides reste encore négatif.

En présence de ces nouveaux symptômes, on pense à une néoplasie pleuro-pulmonaire, sans qu'il soit possible de déterminer la nature de ce néoplasme.

L'évolution de la maladie dans les jours suivants semble confirmer ce diagnostic, car la malade se cachectise de plus en plus. Vers le 15 octobre apparaît un œdème peu marqué et localisé aux membres inférieurs. Enfin la malade succombe dans le marasme le 11 novembre 1893.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Après l'ablation du plastron costo-sternal, on aperçoit le feuillet pariétal de la plèvre adhérent à la paroi costale ; on le détache avec peine du sternum.

Le cœur et le péricarde sont engagés sous la lamelle antérieure du poumon droit. Le bord gauche du cœur est environ à 2 centimètres à droite de la ligne médiane. Ce déplacement s'est fait en masse, car on n'observe aucune torsion des gros vaisseaux de la base.

Au-dessous de la plèvre gauche on sent une masse molle, qui occupe la place du poumon gauche.

L'extraction de cette tumeur est très difficile car le feuillet pariétal de la plèvre qui l'enveloppe est très adhérent à la paroi costale, surtout à la partie postérieure. Cette séparation de la plèvre et de la paroi costale est néanmoins possible quoique laborieuse ; en sorte que la tumeur n'est en aucun point directement accolée à la paroi.

Le sac pleural étant déchiré par l'extraction thoracique, il s'en échappe une grosse masse blanchâtre, feuilletée, présentant l'aspect d'un gros chou-fleur. La consistance de cette tumeur est molle et rappelle celle de la substance cérébrale.

A la partie inférieure, on trouve environ 300 gr. d'un liquide purulent, avec des striations sanguinolentes.

A la partie supérieure existe une petite poche de liquide jaune citrin.

Enfin vers la partie interne de la tumeur on trouve un foyer de pus jaune verdâtre.

La tumeur, comme nous l'avons dit, était contenue dans

poche qui semblait être formée par la plèvre épaissie. Vers la partie interne de cette poche, on aperçoit une bande grisâtre, épaisse d'un demi-centimètre et formée de tissu pulmonaire fortement condensé. Il existe enfin vers la partie supérieure de la tumeur, un noyau de même nature. C'est tout ce qui reste du poumon.

La dissection des bronches faite en arrière à partir de la bifurcation de la trachée, montre que, parmi les canaux bronchiques les uns vont se perdre dans ce qui reste du poumon, d'autres vont s'ouvrir en pleine tumeur.

Le poids du néoplasme est de 1,800 gr. sans compter la paroi ni les parcelles de tumeur restées adhérentes à cette paroi.

Les ganglions du médiastin sont tuméfiés, mais ne compriment aucun organe important.

Le poumon droit est sain, un peu congestionné.

Le cœur est normal ; pas d'épanchement péricardique.

La rate est bilobée, pèse 200 gr. et ne contient aucun noyau secondaire.

Les reins sont légèrement congestionnés.

Les autres organes ne présentent aucune altération.

Il n'a été trouvé aucun noyau secondaire dans aucun organe, y compris le cerveau et la moelle.

L'examen histologique de la tumeur a été pratiquée sur diverses portions durcies dans l'alcool : cet examen a permis de constater qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes. Des cellules étaient disposées en faisceaux séparées par de mince travées conjonctives. La coupe des ganglions de l'aisselle a montré une disposition analogue des mêmes éléments sarcomateux. Quand à la plèvre, qui était épaissie macroscopiquement, on a pu voir que cet épaississement était uniquement formé de tissus fibreux sans trace d'éléments néoplasiques.

L'examen de la portion du poumon qui restait saine a été également négatif.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante

en ce qu'elle peut servir à l'histoire anatomique et clinique des sarcomes primitifs du poumon, encore assez mal connus.

S'il est impossible dans le cas actuel de préciser le point de départ histologique de la tumeur, au moins peut-on affirmer que ce point de départ est nettement pulmonaire. D'une part la destruction du parenchyme, et d'autre part l'intégrité relative de la plèvre, seulement épaissie, sont les hypothèses.

Une des particularités que nous croyons devoir relever dans notre observation, c'est la généralisation du néoplasme.

Malgré le volume considérable de la tumeur, il nous a été également impossible de déceler le moindre noyau secondaire dans les autres organes. Cette localisation de la tumeur a été également notée par M. E. Reymond, dans un cas analogue, présenté à la Société anatomique, dans la séance du 31 mars 1893. Là cependant, nous avons un léger engorgement ganglionnaire, comme c'est le cas le plus fréquent, mais sur les ganglions de l'aisselle.

Au point de vue clinique, nous rappellerons que si parfois le diagnostic du sarcome primitif du poumon est difficile, surtout à sa période de début, il n'est pas impossible, quand le néoplasme a acquis un certain volume et que le poumon se trouve en partie remplacé par du tissu embryonnaire. Chez notre malade, en effet, nous avons pensé d'abord à une pleurésie interlobulaire ; mais plus tard l'apparition de nouveaux symptômes (voir l'observation) nous a fait supposer que nous étions en présence d'un néoplasme pulmonaire. Ajoutons que seul l'examen histologique d'une parcelle de tumeur, recueillie soit dans les crachats, soit par la ponction exploratrice, ne peut permettre de faire le diagnostic de la nature du néoplasme.

Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1893.

Séance du 17 novembre 1893.

VII^e OBSERVATION (personnelle).

Nous fûmes appelé à Sèvres au mois d'août 1895 pour une malade qui crachait du sang depuis une huitaine de jours. Il s'agissait d'une femme de 38 ans, épicière, solidement constituée, sans maladie antérieure, qui était prise pour la troisième fois depuis deux mois de crachements de sang rouge vermeil assez abondants.

Elle se plaignait en outre de douleurs violentes dans tout le côté gauche du thorax et d'oppression.

Elle avait en effet une dyspnée très notable.

Pas de fièvre ; un état général très satisfaisant.

Nous pensons tout d'abord être en présence d'une tuberculose pulmonaire ; mais en examinant la malade, nous trouvons de la matité dans toute la hauteur du côté gauche, de l'abolition des vibrations thoraciques, de l'abolition du murmure vésiculaire.

Dès lors nous croyons avoir affaire à une pleurésie, avec un épanchement considérable.

Nous pratiquons une ponction avec l'appareil Potain et nous ne trouvons pas la moindre trace de liquide. L'aiguille enfoucie en un autre point du thorax ne révèle pas davantage la présence du liquide.

Puis en examinant notre malade plus minutieusement nous lui découvrons une adénite sus-claviculaire manifeste du côté gauche et dès lors nous pensons qu'il s'agit d'un néoplasme du poumon.

Nous nous contentons de traiter les symptômes hémoptysie (glace, ergotine, eau de Rabel) et nous faisons part de nos craintes à la famille.

Nous n'avons pu suivre la malade. L'observation reste incomplète à notre grand regret. Nous aurions voulu la communiquer avec plus de détails, mais nous n'avons relaté que les faits dont nous nous souvenions parfaitement. Elle nous a paru toutefois assez nette pour que nous la rapportions ici.

BIBLIOGRAPHIE

- Bayle.** Phtisie pulmonaire.
- Carswell.** Path. Anat. illust. of the element, forms of dis Londres, 1838, art. Carcinome.
- Cruveilhier.** At. d'Anat. Path.
- Rokitansky.** At d'Anat. Path.
- Herzog.** Corpin Wochens, 1839.
- Marshall.** Hughes on the Cancer of the Lunge Guy's Hospital Reports, 1841.
- Graves.** *Clinique médicale.*
- Stokes.** Researches on the pathology and diagnosis of cancers of the onny and Mediastinum. *Dublin méd. Journ.* 1842.
- Gintrac.** Essai sur les tumeurs intra-thoraciques. Thèse de Paris, 1845.
- Kohler.** Der lungen Krebs Stuttgard, 1849.
- Aviotat.** Thèse de Paris, 1861.
- Laennec.** Traité de l'auscultation médiate.
- Andral.** *Clinique médicale*, 1840. T. iv, p. 378.
- Bierbaum.** Krebs der Lunge, 1862.
- Marfan.** Traité de Médecine Charcot-Bouchard-Brissaud, T. iv. Art. Cancer du poumon.
- Vulpian.** Cliniques médicales de la Charité.
- Grancher.** Maladies de l'appareil respiratoire.
- Smoter.** Ueber Lungen Krebs Wiener allg. med. Zeit. 1864.
- Schnyder.** Ein Fall von Lungenkrebs (Schwein med. Zeit 1864.
- Moret.** *Bul. de Thérap.* 1866.

- Bénier.** *Gaz. des Hôp.* 1867.
Giustiniani. Cancer du poulmon. Th. de Montpellier, 1867.
Jaccoud. *Clinique médicale*, 1867.
Peter. Société clinique. 1877.
Peter. *Clinique médicale*.
Darolles. Th. de Paris, 1877.
Dieulafoy et Gouguenheim. Soc. méd. des Hôp. 1886.
Malassez. *Archives physiologie*, 1876.
Ménétrier. Soc. anat. 1886, p. 140.
Leplat. Th. de Paris, 1888.
Bernheim et Simon. Du cancer primitif du poulmon, *Revue médicale de l'Est*.
Spillmann et Haushalter. Du diagnostic des tumeurs malignes du poulmon. *Gaz. hebdomadaire*. 1891. N° 48.
Emile Boix. Cancer primitif du poulmon gauche. Soc. anat. 1891. P. 308.
Schwalbe. Sur les tumeurs primitives intra-thoraciques. An. *In Med. Mod.* 1891. N° 50.
Germain Sée et Talamon. Les maladies spécifiques non tuberculeuses du poulmon, 1885.
Benier. *Clinique médicale*.
Gueneau de Mussy. *Clinique médicale*.
Lendet. Leçons de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen.
Cromet. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*.
Reymond. Sarcome primitif du poulmon gauche. Soc. anat. 1893. 31 mars.
Ranglaret. Sarcome primitif du poulmon gauche. Soc. anat. 1893. 17 novembre,
Auvard. Cancer primitif du poulmon gauche Soc. anat. 10 février.
Ferrand. Sarcome primitif du poulmon gauche. Société médicale des hôpitaux. Séance du 1^{er} décembre 1893. Discussion de M. Bourcy.
Bronislas Rolawski. Ostéo-sarcome du poulmon. *Prog. méd.* 1890, p. 205.
Fuchs. Beiträge für Kenntniss der primären Geschwulstbildungen in der Lungen. Munich. 1886.
Spech. Rim Lungen Sarcom *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* T. XLVIII, Heft 1 et 2, p. 411.

Letulle. Art. Poumon du Dict. Jaccoud.

Delbet. Art. Sarcome du Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. T. I. P. 603.

Vu : le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse,

CORNIL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

